

## 就学時健康診断票

※赤枠内に、事前に保護者の方が記入してください。  
(氏名は戸籍どおりに楷書で書いてください。)

|         |      |        |     |
|---------|------|--------|-----|
| 就学予定児童  | フリガナ |        | 性別  |
|         | 氏 名  |        | 男・女 |
|         | 生年月日 | 年 月 日  |     |
| 保護者氏名   |      | 児童との続柄 |     |
| 現 住 所   |      |        |     |
| 電 話 番 号 |      |        |     |

該当する項目を○で囲み、必要な場合は( )に記入してください。

○今までかかった病気

|                                                     |                   |
|-----------------------------------------------------|-------------------|
| ぜ ん そ く ( 歳 )                                       | 熱 性 け い れ ん ( 歳 ) |
| 腎 臓 病 ( 歳 )                                         | ( 病 名 : )         |
| 心 臓 病 ( 歳 )                                         | ( 病 名 : )         |
| そ の 他 ( 歳 )                                         | ( 病 名 : )         |
| アレルギー 有 無 (該当する方に○)<br>【 主な原因と症状:食品等具体的に記入してください。 】 |                   |
| その他の病気またはけが                                         |                   |
| 傷病名:                                                | ( 歳 )             |
| 傷病名:                                                | ( 歳 )             |
| 特 に な し                                             |                   |

○今までに受けた予防接種

|                      |                         |
|----------------------|-------------------------|
| インフルエンザ菌b型(Hib)( 回 ) | 小児肺炎球菌( 回 )             |
| B型肝炎( 回 )            | ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ( 回 ) |
| BCG( 回 )             | 麻しん・風しん(第1期・第2期)( 回 )   |
| 水痘( 回 )              | 日本脳炎( 回 )               |
| おたふくかぜ( 回 )          |                         |
| 経口ロタワクチン( 回 )        |                         |
| その他( )               |                         |

○お子さまの発達について保健所・療育センター等へ相談したことはありますか。※相談機関を( )に記載

|       |     |
|-------|-----|
| はい( ) | いいえ |
|-------|-----|

○お子さまのことで学校へ連絡しておきたいこと

|  |
|--|
|  |
|--|

※赤枠内のみ、事前に保護者の方が記入してください。  
(学校名の欄に、通知書で指定された会場を記入してください。)

|     |     |     |  |
|-----|-----|-----|--|
| 学校名 | 小学校 | No. |  |
|-----|-----|-----|--|

|                           |               |                   |       |       |
|---------------------------|---------------|-------------------|-------|-------|
| 健康診断年月日                   |               | 年 月 日             |       |       |
| 栄養状態                      | 栄養不良          | 耳 鼻 咽 喉 疾 患       |       |       |
|                           | 肥満傾向          | 眼 の 疾 病 及 び 異 常   |       |       |
| 脊 柱                       |               | う 歯               | 処 置   |       |
| 胸 部                       |               |                   | 乳 歯   | 未 処 置 |
| 皮 膚 疾 患                   |               |                   | 永 久 歯 | 処 置   |
| 視 力                       | 右             |                   |       | 未 処 置 |
|                           | 左             |                   |       |       |
| 聴 力                       | 右             | その他の歯の疾病及び異常      |       |       |
|                           | 左             | 口 腔 の 疾 病 及 び 異 常 |       |       |
| そ の 他 の 疾 病 異 常           |               |                   |       |       |
| 担 当 医 師 見 所 ( サ イ ン )     | (内)           | (眼)               | (耳)   |       |
| 担 当 歯 科 医 師 所 見 ( サ イ ン ) |               |                   |       |       |
| 事後措置                      | 治療勧告          |                   |       |       |
|                           | 就学に関し保健上必要な助言 |                   |       |       |
| 備 考                       | その他           |                   |       |       |
|                           |               |                   |       |       |

きりとならないでください

## 就学時健康診断結果のお知らせ

※赤枠内のみ、事前に保護者の方が記入してください。

|      |  |     |  |
|------|--|-----|--|
| 児童氏名 |  | No. |  |
|------|--|-----|--|

保護者の方へ

港区教育委員会

本日の健康診断の受診結果(該当欄に○印)

1 異常ありません。

2 下記のとおり疾病異常があります。

○印の疾病異常について、速やかに専門医の治療・相談を受けてください。

|           |       |             |                |
|-----------|-------|-------------|----------------|
|           | 疾 病 名 |             |                |
| 内 科       | 1     | 心音異常・呼吸音異常  |                |
|           | 2     | 脊柱胸郭異常      |                |
|           | 3     | 皮膚疾患        |                |
|           | 4     | その他( )      |                |
| 眼 科       | 1     | 結膜炎         |                |
|           | 2     | 麦粒腫(ものもらい)  |                |
|           | 3     | 眼瞼縁炎        |                |
|           | 4     | さかさまつげ      |                |
|           | 5     | 視力異常の疑い     |                |
|           | 6     | その他( )      |                |
| 耳 鼻 咽 喉 科 | 1     | 耳垢(みみあか)    |                |
|           | 2     | 中耳炎         |                |
|           | 3     | 鼻炎          |                |
|           | 4     | 副鼻腔炎(ちくのう症) |                |
|           | 5     | アデノイド       |                |
|           | 6     | 扁桃肥大        |                |
|           | 7     | 聴力異常の疑い     |                |
|           | 8     | その他( )      |                |
| 歯 科       | 1     | むし歯         |                |
|           | 2     | 不正咬合        |                |
|           | 3     | その他( )      |                |
| 指 導       | 1     | 不良姿勢        | (家庭で注意してください。) |
|           | 2     | 肥満傾向        |                |
|           | 3     | その他( )      |                |